

Journal für

Gynäkologische Endokrinologie

Gynäkologie • Kontrazeption • Menopause • Reproduktionsmedizin

**Fallbericht: Ulipristalacetat in der Behandlung von
Menorrhagien hervorgerufen durch Myome und Endometriose**

Wiborny R

Journal für Gynäkologische Endokrinologie 2015; 9 (2)

(Ausgabe für Österreich), 30-31

Offizielles Organ der Österreichischen
IVF-Gesellschaft

Offizielles Organ der Österreichischen
Menopause-Gesellschaft

Indexed in EMBASE/Scopus/Excerpta Medica

www.kup.at/gynaekologie

Member of the



Homepage:

www.kup.at/gynaekologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. h. b. GZ07Z007636M · Verlagspostamt: 3002 Puchersdorf · Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Fallbericht: Ulipristalacetat in der Behandlung von Menorrhagien hervorgerufen durch Myome und Endometriose

R. Wiborny

■ Fallbericht

Frau N., geboren am 21.04.1964, wurde in meiner Praxis viele Jahre betreut. Sie war adipös mit einer Steatosis hepatis und erhöhten Werten von GOT und GPT. Im Mai 1998 erhielt sie wegen eines Verhütungswunsches ein LNG-IUD (Mirena®). In der Folge traten regelmäßige, aber schwächere Monatsblutungen auf. Das IUD wurde 2003 gewechselt. In der Zwischenzeit hatte sie eine Hypertonie entwickelt, die mit Atenolol behandelt wurde. Im Dezember 2008 wurde ein neuerlicher Wechsel des IUD notwendig. Ein seit einigen Monaten bestehender Diabetes mellitus Typ II wurde mit Metformin behandelt. Im September 2009 trat eine 4 Wochen andauernde Blutung auf, die nach einer Behandlung mit Tranexamsäure nach 6 Tagen zum Stillstand kam. Der Diabetes hatte sich verschlechtert und die Therapie musste mit Pioglitazon erweitert werden. 2010 konnte erstmals ein kleines Fundusmyom (Abb. 1) gefunden werden.

Im März 2011 kam Frau N. wegen einer seit Monaten bestehenden Polymenorrhö erneut in die Praxis. Bei der bimanuellen Untersuchung waren die Parametrien straffer als zuvor und in der Vaginalsonographie sah man eine einkammerige, glattwandige Zyste mit einem Durchmesser von 4 cm. Das IUD war *in situ*. Die damals erhobenen Serumbefunde lagen im Normbereich (CA 12-5 = 12,8 kU/l, E₂ = 110 pg/ml, Progesteron = 0,3 ng/ml, FSH = 5,0 U/l). Die Blutungsstörung konnte mit einer 10-tägigen Therapie mit 10 mg Lynestrenol beherrscht werden. Bei einer Routineuntersuchung im Mai 2012 hatte sich das Myom auf 24 mm vergrößert, die Parametrien waren sehr straff und der Uterus schlecht beweglich geworden (Abb. 2).

Infolge einer Dauerblutung im November 2012 suchte die Patientin neuerlich meine Praxis auf. Das Myom hatte sich auf 32 mm vergrößert, das IUD war *in situ*, die Parametrien waren derb, straff und knotig geworden (Abb. 3). Bei einer Zugprobe ließ sich der Uterus nicht mehr tiefer ziehen. Eine Therapie mit Lynestrenol war erfolglos, worauf eine Therapie mit Ulipristalacetat (Esmya® 5 mg) begonnen wurde. Nach der Beendigung der Esmya®-Therapie war eine laparoskopische abdominelle Hysterektomie geplant.

Bereits 6 Tage nach dem Beginn der Esmya®-Therapie kam es zum Sistieren der Blutung und unter gleichzeitiger Gabe einer oralen Eisentherapie konnte eine bestehende mäßiggradige hypochrome Anämie ausgeglichen werden. Bei der präoperativen Untersuchung am 30.01.2013 waren überraschenderweise die Parametrien nicht mehr knotig und der Uterus ließ sich



Abbildung 1: Kleines Fundusmyom bei liegendem LNG-IUD.

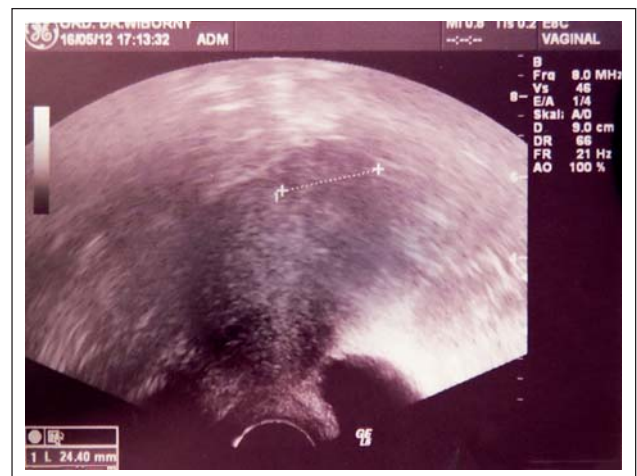


Abbildung 2: Myomwachstum (Mai 2012).



Abbildung 3: Schnell gewachsenes Myom und LNG-IUD (November 2012).

ausreichend tief ziehen, sodass eine vaginale Hysterektomie möglich wurde.

Der histologische Befund ergab: morcellierter Uterus mit bräunlichen Auflagerungen, Gewebestücke im Gesamtausmaß von 80:60:50 mm und 70:40:20 mm, bündelig verwobene glatte Muskulatur mit vermehrter Fibrosierung und Adenomyoseherden.

■ Conclusio

Die rasche Blutstillung und der von der Patientin gewünschte Operationstermin sowie das Erreichen einer ausreichenden Uterusmobilität für die vaginale Hysterektomie durch den Rückgang der Endometriose waren der Ulipristalacetat-Therapie zu verdanken.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Rudolf Wiborny

Praxisgemeinschaft „Gsund in Horn“

A-3850 Horn, Ing.-Karl-Proksch-Gasse 11

E-Mail: wiborny@aon.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)